

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

348

11 MAI 1945

Présentée et soutenue publiquement le

Hélène-Marie-Paulette DUMAS-RIGOLAGE

Née le 15 août 1916.

à Saintes (Charente-Maritime)

Essai
sur la
mélancolie féminine
en Vendée

Président : M. BAUDOUIN, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1947

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

11 MAR 1912

LANE MEDICAL LIBRARY

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le

Hélène-Marie-Paulette DUMAS-RIGOLAGE

Née le 15 août 1916

à Saintes (Charente-Maritime)

Essai
sur la
mélancolie féminine
en Vendée

Président : M. BAUDOUIN, professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1947

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN..... Léon BINET.

Membre de l'Institut.

ASSESEUR..... Jean VERNE.

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Assistance médico-sociale.....	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie.....	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ.
	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants.....	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
	BENARD (H.),
Cliniques médicales	CHABROL.
	HARVIER.
	LIAN.
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique de neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL.
	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose.....	BERNARD (Et.)
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ff DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale.....	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET.
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (Henri).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (Gay).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
HALPHEN (O. R. L.), JAYLE M. (*Chimie médicale*), M^{ne} J. LEVY (*Pharmacologie*)
OLIVIER (*Anatomie*)

II. - AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	CORDIER.	Ophtalmologie	OFFRET.
	DELMAS.	Oto - rhino - laryngo- logie	AUBIN.
	N... ff DEBEYRE	Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Anatomie patholog. ...	DELARUE.		FEVRE.
	M ^{ne} GAUTHIER-		HUGIER.
	VILLARS.		LEGER.
Bactériologie	BONNET.	Pathologie chirurg. ...	MERLE D'AUBIGNE.
	FASQUELLE.		PADOVANI.
Biochimie médicale ..	ETTORI.		PATEL.
	SCHAPIRA.		ROUX.
Dermato-Syphiligraph.	DEGOS.		RUDLER.
	COUJARD.	Pathologie expérim. ...	SICARD.
Histologie	DESCLAUX.		MERKLEN.
	DEBRAY.		BROUET.
Hygiène	BOYER.		CACHERA.
	DEPARIS.		DECOURT.
Médecine légale	DESOILLE.	Pathologie médicale ..	DREYFUS (G.)
Neurologie	DE SEZE.		FAUVERT.
	DIGONNET.		GARCIN.
	MAYER.		HAMBURGER.
Obstétrique	SUREAU.		KOURILSKY.
	VARANGOT.		

	MM.		MM.
Pathologie médicale .	LAMY.	Pharmacologie	CHEYMOL.
	LENEGRE.	Physiologie	BARGETON.
	MARCHAL.		PARROT.
	MAURIC.	Physique médicale ..	DJOURNO.
Pédiatrie	SOULIE.	Psychiatrie	BARUK.
	LAPLANE.	Thérapeutique Agr.	BROUET.
	MARIE (Julien)	ch. d'ens.	COUVELAIRE
		Urologie	

III. - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*)

IV. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale.	AMELINE.	Clinique médicale....	DE GENNES.
	BASSET.		HAGUENAU.
	DE GAUDART		MOLLARET.
	D'ALLAINES.		MOUQUIN.
	FUNCK-BRENTANO.	Clinique obstétricale .	TURPIN.
Clinique médicale ..	GATELLIER.		ECALLE.
	MENEGAUX.		LACOMME.
	BARIETY.	Clinique ophtalmologique .	
	BOULIN.		RENARD.
	CHEVALLIER.		
	COSTE.	Clinique oto-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. - CHARGÉS DE COURS

Radiologie LEDOUX-LEBARD.

MM.
Secrétaire de la Faculté..... J. MOREL.
Secrétaire-adjoint..... M. BRISSAUD.

Bibliothécaire en Chef..... D^r A. HAHN.
Bibliothécaires M^{mes} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

Qu'ils trouvent ici la trop faible récompense de leurs sacrifices et l'hommage de ma tendresse reconnaissante.

A TOUS LES MIENS

morts et vivants,

En témoignage de ma reconnaissance, de mon affection et de mon fidèle souvenir.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUDOUIN

Doyen de la Faculté de Médecine,
Professeur de pathologie et thérapeutique générales.

*Qui a bien voulu accepter la présidence de
cette thèse.*

*Témoignage de notre respectueuse grati-
tude.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE NANTES

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES
DE BLOIS ET DE LA ROCHE-SUR-YON

INTRODUCTION

La mélancolie est un état de dépression psychique caractérisé par un trouble affectif, qui se traduit par un sentiment d'impuissance morale, de tristesse et d'angoisse, un ralentissement marqué de la vie psychique. Ces modifications de l'affectivité déterminent des troubles accessoires, dus au travail subconscient du malade pour les interpréter : conceptions délirantes sous formes d'idées de culpabilité, d'indignité ou de ruine, plus rarement d'idées hypocondriaques.

Nous avons retenu dans l'étude présente les seuls accès mélancoliques purs, expression de cette entité morbide connue sous le nom de psychose maniaque-dépressive. Nous avons écarté tous les états mélancoliques que les certificats médicaux décrivaient comme des réactions psycho-pathologiques au cours de l'évolution de diverses psychoses ou processus morbides.

Nous y avons ajouté tous les cas étiquetés mélancolie d'involution ou paraissant s'y rapporter, d'une part parce que l'accord ne s'est pas encore fait sur l'autonomie de cette psychose par rapport à la folie périodique, ensuite parce que beaucoup de ces cas, comme nous le verrons plus loin, ne présentaient pas les caractères de chronicité, d'atypie, d'organicité

que l'on rattache ordinairement à la psychose d'invololution.

Nos recherches, effectuées au service des femmes de l'Hôpital psychiatrique de la Vendée, ont porté sur 10 années, de 1935 à 1945. Les hommes ont été écartés de cette étude pour diverses raisons, la plus évidente est que la mélancolie intermittente atteint plus généralement la femme. Ensuite, un grand nombre d'internements dans le service des hommes, à l'Asile de la Grimaudière, est dû aux psychoses alcooliques. Enfin, la guerre, la captivité, la déportation, la nécessité de se cacher pour beaucoup d'hommes ont amené dans l'effectif masculin de la population vendéenne des perturbations qui risquaient de fausser la valeur des statistiques entreprises.

C'est le Docteur G. RALLU, médecin-chef à l'Asile de la Grimaudière, qui nous a donné l'idée de cette thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance. Il nous a souvent raconté quel fut son étonnement à son arrivée à l'asile vendéen devant les malades du quartier d'Observation, mornes et prostrées, sagement assises sur des chaises alignées, cependant que près d'elles la file des sabots témoignait par sa présence qu'aucune agressivité ne risquait de les transformer en armes offensives. Si bien que l'hospitalisation d'une maniaque, rompant la monotonie, était accueillie avec plaisir et... un certain étonnement.

Le fait n'était pas nouveau dans l'établissement. En 1934, le Docteur DAMAYE, médecin-directeur de l'Asile de la Grimaudière depuis 15 ans, notait dans son rapport annuel : « Comme d'ordinaire, les psychoses à formes dépressives... sont entrées nombreuses, ce sont là les troubles mentaux les plus habituels à la région ».

Nous nous sommes donc efforcés, dans cette étude, tout d'abord de montrer par des chiffres l'importance de la mélancolie féminine en Vendée, ensuite de rechercher dans la mesure du possible quelle part revient aux facteurs exogènes, ethniques, religieux et moraux dans la prédominance des formes dépressives de la psychose périodique chez la femme vendéenne.

HISTORIQUE DE LA MÉLANCOLIE

« Les auteurs, depuis HIPPOCRATE, donnent le nom de mélancolie au délire caractérisé par la morosité, la crainte et la tristesse prolongées. Le nom de mélancolie a été imposé à cette espèce de folie, parce que, selon GALIEN, les affections morales tristes dépendent d'une dépravation de la bile qui, devenue noire, obscurcit les esprits animaux et les faits délirer. » (ESQUIROL.)

C'est donc la tristesse, signe évident, note essentielle de la mélancolie qui a permis aux Pères de la Médecine d'isoler une entité morbide qui a conservé son nom et dont la description ne nous étonne pas de nos jours. Cependant, les Anciens décrivaient sous ce titre un délire partiel portant sur un seul objet ou un petit nombre d'objets. Ce n'est qu'à partir de BAILLARGER, en 1843, que la mélancolie devient une lésion générale de l'entendement. A la même époque et depuis, en ont été séparés les syndromes mélancoliques relevant des maladies mentales qu'on isolait peu à peu.

Quant à la manie, en rapport si étroit avec la mélancolie qu'on ne peut en séparer l'étude, elle englobe d'abord tout ce qui n'est pas mélancolie, et si les

symptômes « d'exaltation de l'intelligence, de la sensibilité, et de la volonté (1) sont peu à peu dégagés, c'est encore une notion si vague en 1876 que LINAS dans le dictionnaire « Dechambre » renonce à la définir.

En bref, les mots manie et mélancolie qui ont subsisté jusqu'à nos jours, sont loin d'avoir la même signification qu'autrefois. L'opposition ou les rapports qu'au cours des siècles les auteurs ont vus entre ces deux syndromes n'ont fait qu'augmenter la confusion. En 1883, RITTI dans l'historique de la folie à double forme (2) fait remonter jusqu'à Hippocrate l'observation de la transformation possible de la mélancolie en manie. Par contre, 15 ans plus tard, ROUBINOVITCH et TOULOUSE (3) écrivaient : la mélancolie pour l'école hippocratique « pouvait aller jusqu'à la gaieté la plus exubérante sans perdre son nom ». Donc ainsi que le disent LAIGNEL-LAVASTINE et VINCHON (4) : « Les exemples cités... nous fournissent une preuve de l'incertitude du diagnostic des psychoses dans l'Antiquité et la Renaissance. Les mêmes malades sont pour GALIEN des mélancoliques et pour Coelius Aurélianus des maniaques. »

Quoi qu'il en soit, voici ce qui ressort des recherches historiques de TRELAT (5). L'origine humorale hippocratique de la mélancolie, admise successivement par ARETEE DE CAPPADOCE (80 ap. J.-C.), SORANUS (96 ap. J.-C.) et son traducteur CÆLIUS AURELIANUS, GALIEN (131 ap. J.-C.), ALEXANDRE DE TRALLES (VI^e siècle), PAUL D'EGINE (VII^e siècle), sera abandonnée

au Moyen-Age au profit de la théorie surnaturelle de possession du malade par des esprits malins (AVICENNE disait déjà qu'on attribuait plusieurs espèces de mélancolies à l'influence des démons). Les malades mélancoliques étaient jusqu'à cette époque traités avec mansuétude, le Moyen-Age leur applique la prison, l'exorcisme, la question et le bûcher. Dans cette situation misérable, CORNEILLE AGRIPPA (XVI^e) « fut l'initiateur du mouvement qui finit par libérer du bûcher sorcières et possédées » (4). Jean WIER continue son œuvre ; RITTI nous apprend qu'à la même époque Félix PLATER soignait par les exorcismes la mélancolie, qu'il a du reste magistralement décrite. Cette étiologie est complètement abandonnée par le célèbre médecin anglais Thomas WILLIS (1676) auquel on doit la conception d'une « *mélancholia Universalis* » élargissant le cadre des anciens auteurs.

Au XVII^e siècle, BOERHAAVE, LORRY, MORGAGNI, chez lesquels on trouve d'intéressantes remarques sur les rapports manie-mélancolie, nous conduisent aux pionniers de la psychiatrie française : PINEL, ne présente pas de doctrine nouvelle, ESQUIROL s'élève contre l'usage du mot mélancolie qui « doit être laissé aux moralistes et aux poètes » et adopte le terme de lypémanie qui ne restera pas dans l'usage psychiatrique (il décrit en fait la mélancolie comme un délire partiel à la façon des Anciens), BAILLARGER enfin dont l'influence sera décisive.

Pour BAILLARGER, la mélancolie comprend « tous les cas de dépression intellectuelle ou morale, y compris

les faits de suspension de l'intelligence confondus pour PINEL avec l'idiotisme, appelés par ESQUIROL démence aigüe, décrite par GEORGET et ETOC DUMASY sous le nom de stupidité... la mélancolie délirante... la mélancolie avec stupeur ». A la même époque, FALRET, MOREL, GUISLAIN, LASEGUE, BAILLARGER lui-même, isolent de la mélancolie proprement dite les états dépressifs de l'hystérie, de l'épilepsie, du délire de persécution, de l'alcoolisme, de la paralysie générale. Plus tard, la mélancolie est amputée du délire de négation de COTARD en France, de la catatonie de KALBAUM en Allemagne (cf. ROUBINOVITCH et TOULOUSE ouv. cit).

C'est à la même époque qu'apparaissait clairement la notion d'une affection mentale caractérisée par l'évolution plus ou moins régulièrement périodique de crises de type manie ou mélancolie. Elle est due aux travaux de BAILLARGER et FALRET sur la folie circulaire à double forme (communications de l'Académie de Médecine. Janvier. Février 1850) poursuivie par RITTI (2) et complétée par MAGNAN (6). En 1899, KRAEPELIN (7) en Allemagne groupe les psychoses appelées « intermittentes », « alternées », « circulaires », « à double forme », « périodiques » par ses prédécesseurs MEYER (1874), KIRN (1878), KRAFFT-EBING (1879) et les auteurs français sous le nom de folie maniaque dépressive. La mélancolie devient donc avec la manie l'expression de cette psychose constitutionnelle. Cette opinion a été acceptée en France, l'article de REMOND

et VOIVENEL montre pourtant que ce ne fut pas d'une façon générale. (8)

Mais si les accès mélancoliques de la psychose périodique s'individualisent des simples réactions dépressives apparaissant dans l'évolution de processus morbides divers (tels que P. G., tumeurs cérébrales, épilepsie, etc...) il n'en reste pas moins que la chronicité fréquente, l'atypie de certains symptômes rendent parfois le diagnostic difficile avec la démence précoce. C'est ce qu'HALBERSTADT montre dans ses deux articles des Annales médico-psychologiques de 1930 et 1937 (9-10) s'appuyant sur les travaux de KRAEPELIN lui-même, de LANGE (1928), KRETCHMER (1930), la thèse de ROUART (1935) (11) et sur de nombreuses publications contemporaines.

Il existe enfin une mélancolie présénile ayant tendance à la chronicité et s'accompagnant pour beaucoup d'auteurs d'éléments organiques, en particulier artériosclérose et troubles endocriniens. Selon HALBERSTADT (12), KRAEPELIN décrit cette forme clinique comme une psychose autonome et l'école de SERIEUX, avec CAPGRAS (17) défendit en France ses idées. En 1907, un élève de KRAEPELIN, G. DREYFUS la rattache à la psychose maniaque dépressive et KRAEPELIN finit par se ranger à cette opinion avec toutefois quelques réserves. Actuellement, cette conception n'est généralement pas admise. Si certains tels P. ABLY, P. DELMAS, l'acceptent, beaucoup la rejettent. Parmi ceux-ci : BERGER, FORSTER, ALBRECHT, HOCH. et MACCARDY, GAUNT, O. KANT, BUMKE, RUNGE, GILARROVSKI.

Peut-être en fait y aurait-il lieu de distinguer entre les psychoses périodiques tardives, les psychoses d'involution et les états de transition entre ces deux formes fonctionnelles et organiques.

Dans ce domaine comme ailleurs, la nature se plie mal aux efforts nosologiques, et si la conception kraepelienne de la psychose maniaque dépressive a fait faire à la psychiatrie une étape décisive et nécessaire, l'observation approfondie des psychopathes prouve là encore combien il faut se méfier des cadres trop étroits en médecine mentale.

DONNÉES STATISTIQUES

Le but de ce travail étant l'étude de la mélancolie intermittente en Vendée, nous avons donc fait porter nos recherches sur les seules malades d'origine vendéenne, habitant le pays vendéen. Nous avons écarté les aliénés originaires d'autres lieux, à moins qu'il s'agisse de localités limitrophes du Maine-et-Loire et des Deux-Sèvres où l'on retrouve les mêmes caractères ethniques qu'en Vendée. De même, toute malade vendéenne résidant dans une autre région a été écartée, notre but étant aussi de rechercher l'influence des conditions sociales réalisées en Vendée sur l'apparition des états dépressifs.

De 1935 à 1945 inclus, l'administration asilaire a enregistré 895 entrées dans le service des femmes. Sur ces 895 internements, 192 étaient motivés par un état mélancolique. Ils se répartissent ainsi :

TABEAU I

Année	Total des entrées	Mélancoliques	Pourcentage
1935	106	19	17,9 %
1936	96	25	26 %
1937	107	23	21,4 %

Année	Total des entrées	Mélancoliques	Pourcentage
1938	90	17	18,8 %
1939	88	21	23,8 %
1940	85	25	29,4 %
1941	86	18	20,9 %
1942	85	12	14,1 %
1943	73	17	23,2 %
1944	79	12	15,1 %

Ce qui donne une moyenne de 21,4 % d'entrées pour mélancolie à l'asile de la Grimaudière. Ces chiffres montrent sans commentaires la fréquence des psychoses mélancoliques chez la femme vendéenne.

Si on recherche combien d'internements sont imputables aux mêmes sujets, ou mieux combien de malades atteintes de psychose maniaque dépressive à manifestations uniquement mélancoliques ont été soignées à l'asile pendant cette période de 10 années, on arrive aux résultats suivants :

170 femmes ont été internées de 1935 à 1944 pour mélancolie intermittente, 142 ne l'ont été qu'une seule fois. La majorité des malades 83 % a présenté un accès unique.

Cet accès unique est apparu aux âges suivants :

TABLEAU II

Moins de 21 ans		dans	3,6 %	des cas
De 21 à 25 ans		»	5 %	» »
De 26 à 30 ans		»	7,8 %	» »

De 31 à 35 ans	»	5,7 %	»	»
De 36 à 40 ans	»	12,3 %	»	»
De 41 à 45 ans	»	13 %	»	»
De 46 à 50 ans	»	12,3 %	»	»
De 51 à 55 ans	»	14,4 %	»	»
De 56 à 60 ans	»	11,5 %	»	»
De 61 à 65 ans	»	8,6 %	»	»
Au-dessus de 65 ans	»	5 %	»	»

Le temps nous a manqué malheureusement pour faire les mêmes recherches au sujet de la manie intermittente et des formes maniaco-dépressives proprement dites. Nous restons cependant dans la vérité en affirmant que chez la femme l'accès maniaque est beaucoup plus rare dans nos régions que l'accès dépressif. Cela ressort des observations de nos chefs de service (Dr RALLU - Dr CULLERRE). Cela s'accorde du reste avec les données classiques, puisque pour KRAEPELIN 49 % des cas de psychose maniaque dépressive sont dus à la mélancolie intermittente, 17 % à la manie intermittente, 35 % au type maniaque dépressif. De même pour LANGE (13) dont les pourcentages sont sensiblement les mêmes.

Il est curieux cependant de constater que les observations recueillies par REMOND et VOIVENEL dans leur referendum ne conduisent pas aux mêmes résultats (8). Nous avons groupé ces observations dans le tableau suivant :

TABLEAU III

	Mélancolie intermittente	Manie intermittente
Asile de Clermond-Ferrand		
En 10 ans	23,4 %	45,6 %
Asile d'Auch		
En 30 ans	366 cas	265 cas
Asile de St-Lizier		
En 13 ans	33 cas	27 cas
Asile de Breuty-la-Couronne		
En 42 ans	338 cas	383 cas
Service d'isolement		
de St-André de Bordeaux	45 cas	21 cas

Il ressort de ces données que, dans deux régions, la mélancolie intermittente est plus fréquente que la manie. Ailleurs, les résultats des statistiques sont contraires à ceux de KRAEPELIN.

Peut-être est-il facile d'expliquer ces différences par les variations des réactions psychologiques suivant les pays, et même à l'intérieur d'un même pays suivant les régions ; nous reviendrons plus loin sur cette question.

Il faut aussi faire intervenir le fait que sont entrés dans notre statistique tous les cas de mélancolie, y compris ceux dits d'involution. Car les références auxquelles nous nous sommes rapportés sont les suivantes : certificat d'admission de la malade, date de l'internement, de la sortie ou du décès. Et il ne nous a pas été possible de grouper pour la plupart des cas

un nombre suffisant de symptômes permettant de poser en toute conscience le diagnostic d'involution.

Ces symptômes sont les suivants :

a) LA CHRONICITÉ :

47 de nos malades, soit 26 % des cas, ont présenté leur premier accès à l'âge de la ménopause.

Parmi celles-ci :

25 sont sorties améliorées ou guéries après un internement variant de 1 à 21 mois ;

— 22 sont restées à l'asile : 13 y sont mortes, 9 ont été évacuées en 1944.

Faut-il rattacher ces dernières aux psychoses d'involution ?

Si GAUSSEN (14) en effet, insiste dans sa thèse sur le pronostic favorable des psychoses d'involution, il n'en est pas de même d'HALBERSTADT (15) qui la conçoit comme une forme grave et chronique.

Pour KRAEPELIN du reste, l'évolution de la mélancolie présénile se fait progressivement vers la démence, et CAPGRAS (17) faisait justement remarquer que, déjà, en 1861, FALRET insistait sur la valeur nosologique « de la marche et de l'évolution prévues des maladies, véritable base des espèces naturelles ».

Enfin dernièrement, Benjamin MALZBERG (18) insiste sur la moralité très élevée des psychoses d'involution.

Ces deux symptômes, chronicité, mortalité, peuvent-ils nous permettre de classer nos malades dans cette catégorie ? Mais la mélancolie chronique s'observe à

tout âge, et il faut rechercher d'autres symptômes pour conclure à une psychose d'involution.

b) EXISTENCE DE TROUBLES SOMATIQUES OU NEUROLOGIQUES

La présence de troubles organiques, principalement l'artériosclérose, les troubles endocriniens, les cardiopathies sévères est fréquemment notée par les auteurs contemporains. Par contre, HALBERSTADT, résumant le travail de ses devanciers sur la mélancolie présénile, n'en fait pas mention. Faut-il distinguer, comme le fait ANGLADE (19), la mélancolie périodique tardive proprement dite « plus héréditaire que la mélancolie non présénile, survenant sous l'influence d'une moindre étiologie occasionnelle, s'accompagnant d'un ralentissement psycho-moteur plus net et d'une moindre douleur morale, moins anxieuse et plus constitutionnellement prévisible, moins intimement liée qu'elle aussi à la déchéance artérioscléreuse ou aux manifestations glandulaires de l'âge critique » et « la mélancolie périodique tardive organique, avec petits signes neurologiques d'irritation lésionnelle de l'axe cérébro-spinal, artériosclérose accusée, tendance cachectique, la mort survenant dans ces états par apoplexie ou jacksonisme en rapport avec l'aggravation d'un état lacunaire de l'encéphale ».

Nous avons relevé à ce sujet l'observation suivante, qui montre bien à notre avis la difficulté d'une limitation précise du domaine de la mélancolie d'involution,

Madame S..., entrée le 22 mai 1944.

Le certificat de vingt-quatre heures porte ce qui suit :

« Etat de demi-confusion avec inquiétude. Anxiété diffuse dont l'élément le plus précis paraît être dans le fait de craindre de s'être mal confessée et de n'avoir pas mérité le baptême. Désorientée totalement dans l'espace, et partiellement dans le temps. Déclare avoir quarante-huit ans et en porte plus de soixante. Aurait été paralysée du bras droit. Stéréotypie verbale. Répète sans arrêt qu'elle devait rester dans la niche du chien où on l'avait placée. Il paraît s'agir d'une démence pré-sénile ou d'un équivalent d'idées chez une artério-scléreuse probablement urémique. Mauvais état général. Subictère. »

Docteur G. RALLU.

Certificat de quinzaine :

« Etat mélancolique avec semi-confusion depuis plusieurs mois, psychose d'involution probable chez un sujet d'aspect sénile n'ayant pas atteint la cinquantaine. A fait une pneumonie à défervescence lente en cours. Dans les antécédents, troubles en rapport avec une hypertension, hémiplegie droite. Malgré l'amélioration actuelle, le pronostic reste réservé ».

Docteur G. RALLU.

L'état général s'étant relativement amélioré, la malade est soumise à une série d'absences par électrochoc-thérapie. Son état mental s'améliore rapidement et elle sort guérie au bout de deux mois d'hospitalisation avec le certificat suivant :

« A présenté un état mélancolique avec semi-confusion, évoluant depuis plusieurs mois. Etat paraissant

d'involution. Mais le sujet présénile et artério-scléreux paraît présenter des équivalents d'ictus par ramollissement sur lesquels la thérapeutique paraît active : amélioration rapide par les vaso-dilatateurs associés au choc. Retour presque total à la normale. »

26 juillet.

Docteur G. RALLU.

Madame S... présente bien les caractères particuliers à la psychose d'involution :

1° Apparition de l'accès mélancolique au moment de l'involution ;

2° Atypie du syndrome mélancolique ; confusion, anxiété marquée ;

3° Troubles organiques importants :

Artériosclérose accusée (hypertension, ictus, hémiplegie, droite).

Pneumopathie.

Troubles endocriniens (ménopause, sénilité).

Il manque la tendance à la chronicité puisque cette malade sort pratiquement guérie au bout de 2 mois.

Peut-on dire qu'il s'agit d'un accès mélancolique dans une artériosclérose à prédominance mentale, très améliorée par le traitement médical agissant favorablement sur les lésions organiques ? Mais ces cas évoluent fréquemment vers la démence. Et quelle part revient ici à l'électrochothérapie dans la guérison d'une mélancolie qui n'est que symptomatique ?

c) ATYPICITÉ DU SYNDROME MÉLANCOLIQUE

« Les psychoses à forme mélancolique, qui surviennent chez la femme à l'âge de la ménopause, présentent fréquemment des analogies cliniques et anatomopathologiques avec les états schizophréniques. Leur pronostic est souvent défavorable dans les formes délirantes » a dit J. VIE en 1940 (20). De même en 1936, HOVEN à la société de Médecine mentale de Belgique (21) avait relevé une parenté clinique de la mélancolie d'involution avec la démence précoce.

En effet, les symptômes anormaux de la mélancolie d'involution ont été notés par tous ceux qui ont écrit sur ce sujet. Mais l'accord ne semble pas s'être fait sur ce en quoi ils consistent. Pour KRAEPELIN la psychose d'involution mélancolique se caractérisait par des idées délirantes de nature dépressive avec de l'anxiété. G. DREYFUS avait observé chez les mélancolies préséniles en état mixte spécial caractérisé par « une inhibition subjective partielle ». Parmi les auteurs contemporains qui font de la mélancolie d'involution une psychose autonome, GILAROVSKY insiste sur les caractères suivants : absence d'inhibition, fréquence des idées hypocondriaques et des idées de persécution (HALBERSTADT) (12).

En résumé, quels que soient les symptômes, ils existent, et cela semble un fait acquis que la mélancolie d'involution présente des éléments morbides particuliers, cadrant mal avec le syndrome mélancolique classique.

Mais ceci est-il spécial à la psychose d'involution ?

Dans l'évolution de la psychose maniaque dépressive, il n'est pas rare de noter une symptomatologie anormale. « Les symptômes anormaux au cours de la folie intermittente ne sont pas exceptionnels, ils présentent des modalités variables et peuvent rendre le diagnostic difficile dans bien des cas » écrivait HALBERSTADT en 1930 (9). ROUART (11) a particulièrement bien étudié ce fait dans sa thèse, où il dit à propos des rapports de la schizophrénie et de la psychose maniaque dépressive « si l'opposition de leurs types extrêmes va jusqu'à ne leur laisser aucun caractère de ressemblance et reste chose admise, il est une foule d'états pathologiques dont l'intégration à un de ces deux types reste problématique ».

Devant les difficultés où nous nous trouvions pour adopter la classification psychose maniaque dépressive d'une part, mélancolie d'involution d'autre part, nous avons donc relevé tous les états dépressifs que les certificats du médecin d'asile présentaient comme des syndromes mélancoliques classiques, sans distinction d'âge ou d'évolution. Peut-être eût-il fallu distinguer les états purs se présentant comme de simples accès de psychose maniaque dépressive à la ménopause, et les états atypiques, plus caractéristiques d'une psychose d'involution, mais l'absence de données précises ne nous a pas permis de le faire.

Ceci explique donc sans doute la plus grande fréquence du premier accès mélancolique à l'âge de la ménopause que l'on peut relever dans notre tableau II.

RECHERCHES DES CAUSES DE LA MÉLANCOLIE EN VENDÉE

C'est un fait bien connu que les troubles mentaux varient suivant les races, les pays, les régions. En voici quelques observations.

KRETCHMER a remarqué la fréquence des états paranoïdes en Souabe, aux tendances poétiques et philosophiques connues. En Hesse, il y aurait très peu de manies et de tempéraments hypomaniaques. (23)

Dans la province de Ferrare, de 1897 à 1907, le plus fort contingent d'aliénés 31,3 % a été fourni par la psychose maniaque dépressive (21).

Au cours de la séance du 24 mai 1937 de la Société médico-psychologique française, HAMEL cite les faits suivants : « les Italiens sont fréquemment atteints d'états dépressifs où domine une énorme anxiété. Les Polonais extériorisent leurs dispositions mystiques ». BARUK a été frappé « de certaines différences entre les réactions psychologiques des malades observés en Anjou ou de ceux observés dans la région parisienne ou dans le Midi ».

Nous avons montré dans le chapitre précédent la prédominance des accès dépressifs typiques chez la femme vendéenne. Nous allons maintenant nous efforcer d'en rechercher les causes.

A. - L'hérédité

L'élève de KRAEPELIN, LANGE, dans son traité de BUMKE (1928) définit la psychose maniaque dépressive : une maladie héréditaire, endogène, dégénérative. Nous avons relevé dans les antécédents de plusieurs de nos malades la notion de psychoses similaires chez les ascendants. Quant au facteur racial, étudié en particulier par KRAEPELIN (chez les Juifs orientaux, les indigènes de Java) et son école, il ne peut être retenu ici. La population vendéenne ne représente pas en effet comme dans de rares régions de la France (bretonnes - normandes - basques) une race relativement autonome. Aucun type prédominant n'y a été observé à notre connaissance, ce qui ne veut pas dire du reste qu'il n'existe pas, et il y aurait des recherches à faire en particulier sur la fréquence du type pycnique, type morphologique prédominant dans la psychose maniaque dépressive selon certains auteurs (LANGE, KRETCHMER, DUBLINER) (25).

Un facteur héréditaire important à signaler en Vendée, et du reste valable pour toutes les psychoses, c'est l'alcoolisme. L'alcoolisme sévit d'une façon sévère dans le département, principalement dans la population masculine (H. CLAQUIN, thèse Paris 1942). Nous avons pour notre part observé très peu de psychoses alcooliques dans le service des Femmes. En 1935, le Docteur DAMAYE, alors directeur à l'Asile de la Crimaudière, notait la recrudescence, depuis deux

ou trois années, à la fois des psychoses alcooliques et des états mélancoliques.

Nous nous sommes donc livrés à des recherches sur le lieu d'origine et l'habitation :

1° Des femmes observées pour mélancolie depuis 10 ans ;

2° Des malades observées pour psychoses alcooliques depuis 10 ans.

Ces recherches nous ont été facilitées par le fait qu'en Vendée, région agricole à population paysanne, les gens naissent, se marient et vivent sensiblement dans les mêmes parages.

Or, il résulte de ces recherches que mélancoliques et alcooliques dominent dans la même région, le Bas-Bocage, ayant la ville de la Roche-sur-Yon pour centre.

Faut-il conclure que l'alcoolisme des parents favorise l'apparition de la mélancolie chez leurs descendants ? Il aurait fallu pour cela pouvoir relever chez un certain nombre de nos malades la tare alcoolique des ascendants. Or, tout d'abord, nous manquons de renseignements sur ce sujet ; et l'interrogatoire des familles, si nous avons pu le faire dans tous les cas, ne nous aurait guère fourni de données exactes. Dans une population de buveurs, où la consommation journalière en vin nous paraît énorme, il faut se livrer à des beuveries scandaleuses pour être traité d'ivrogne (ajoutons à l'excuse de la Vendée que le même état d'esprit règne dans nombre de provinces françaises).

Cette coïncidence des psychoses alcooliques et mé-

lancoliques dans la même région pourrait fort bien s'expliquer, si l'on admet la prédominance d'une constitution cyclothymique à tendances surtout dépressives dans la population vendéenne. L'alcoolisme ne serait alors qu'une recherche, de l'excitation nécessaire, ainsi que le dit P. JANET (26). De même, pour le grand eugéniste anglais PEARSON, « on devient alcoolique parce qu'on est mental... Si les enfants d'alcooliques ont des tares nerveuses c'est parce qu'ils sont des hérédito-mentaux plus que des hérédito-alcooliques ». Et APERT « ne deviennent alcooliques que des prédisposés par tares ancestrales, transmises souvent par les lois d'hérédité » (27).

Alcoolisme et mélancolie intermittente ne seraient alors que les manifestations d'une prédisposition caractérielle.

B. - Les facteurs ethniques

Par facteurs ethniques, nous entendons évidemment facteurs déterminés par les lois, les coutûmes, les conditions de vie matérielle et morale, appliquées dans un même pays à tous ses habitants.

L'importance de ces facteurs n'est pas à négliger. DESHAIES dans son livre « L'hérédité des psychoses maniaques dépressives et schizophréniques » (28) montre que l'hérédité représente une prédisposition morbide générale plutôt que spécifique, la psychose étant la résultante des réactions du terrain constitutionnel aux actions morbifiques d'ordre biologique, psychologique, ou sociologique.

Or la Vendée n'est pas un pays homogène. La géo-

graphie du sol, conditionnant son aspect et sa richesse, à délimité plusieurs régions dans le département, régions puisant aussi leurs caractères distinctifs dans les tendances religieuses et politiques.

Cependant, toutes ces régions ont un caractère commun : elles sont essentiellement agricoles. Aussi 80 % de nos malades sont-elles des cultivatrices (femmes de cultivateurs menant le ménage, ou cultivant la terre avec le mari ou comme domestique). 2,3 % seulement représentent des professions intellectuelles (professeurs - employées de bureau). Le reste est fourni en grande partie par des couturières à la journée (7 %). Ceci cadre mal avec l'observation de LANGE : la psychose maniaque dépressive s'observe le plus souvent chez des individus de culture supérieure à la normale.

La Vendée se divise en quatre régions : le Bocage, la Plaine, les Marais du Sud, les Marais du Nord.

Au nord de Fontenay-le-Comte et Luçon, c'est le Bocage qui comprend donc plus des 2/3 du département si on excepte les Marais du Nord, région côtière s'étendant jusqu'à Challans et St-Gilles Croix-de-Vie.

Le relief du sol est plat dans le Bas-Bocage allant de la mer à la région des Monts ou Haut-Bocage, qui s'étend le long de la Sèvre Nantaise et se poursuit dans les Deux-Sèvres. D'un des points les plus élevés du Haut-Bocage, le Mont des Alouettes, on découvre vingt lieues de pays plat et l'horizon, pour un regard d'aigle, se confondrait avec la côte.

C'est du Bas Bocage que proviennent en grande

partie nos malades mélancoliques. Cette région est une des moins riches de la Vendée avec les Marais du Nord. Nous ne disons pas qu'elle soit pauvre, bien des cultivateurs du Midi de la France ne jouissent pas de l'aisance d'un Bas-Boquin: Le pays est morcelé, coupé de haies qui bordent des chemins embourbés à la saison des pluies. La terre lourde, argileuse, colle aux sabots, et l'accès de certains chemins est impraticable l'hiver à moins d'y enfoncer jusqu'à mi-jambes. Les fermes sont isolées ou groupées en petits hameaux. La paysanne aide son mari à la culture. Ce n'est pas ici le pays des nombreuses familles comme le Haut-Bocage, où les bras ne manquent pas à la ferme, et où la ménagère reste au foyer. Ce n'est pas non plus la richesse de la Plaine et des Marais du Sud où le fermier peut se faire aider par les salariés nécessaires.

Il s'agit en général des petites exploitations agricoles, ou chacun doit participer aux travaux des champs. Ceux-ci, du fait de la nature argileuse du sol, ne manquent pas d'être assez pénibles. Il faut aussi faire paître le troupeau, longues heures passées derrière quelques vaches, sous un ciel ordinairement gris, dans un paysage où les petits accidents du sol, l'abondance des haies de clôture bornent étroitement l'horizon. Les vaches sont traites à la nuit dans une étable le plus souvent très mal éclairée. La maison d'habitation est assez basse en général, petite, et à notre sens fort inconmode. Ajoutons que l'alcoolisme sévit particulièrement dans cette région et que la

coexistence avec un mari buveur, jointe aux travaux pénibles, ne crée pas un climat moral riant pour la femme du Bas-Bocage. LASEGUE pensait que, les longues perplexités jouent un plus grand rôle dans l'éclosion des vésanies que les chocs moraux les plus intenses, mais instantanés en quelque sorte. De formation catholique pour la grande généralité, elle se contente souvent des pratiques extérieures, subissant ainsi les obligations d'une religion qui n'est triste que pour ceux qui ne la cultivent pas dans leur cœur.

Pour nous qui connaissons un peu cette région, nous avons été frappés par sa tristesse morne, impression qui fera sourire beaucoup de vieux vendéens, mais qui ne surprendra pas les étrangers de passage.

On nous a dit que les habitants du Haut-Bocage étaient beaucoup plus gais et d'un commerce plus facile et plus large. En fait, cette région, sensiblement plus riche, fournit notablement moins de mélancoliques que le Bas-Bocage. Très peu proviennent du Nord (région de Montaigu, Mortagne, les Herbiers, etc., etc...) limitrophe des Deux-Sèvres et du Maine-et-Loire. C'est une région plus montueuse, plus boisée, où la vie familiale serait bien différente. Les grandes familles y sont la règle, ce qui n'est pas uniquement une cause de soucis pour la mère, quoi qu'on en dise. Outre que le travail des enfants lui permet de rester à la ferme, les grandes tablées familiales ont une animation douce au cœur maternel. Cette existence patriarcale est fondée en général sur une vie chrétienne intense. L'espérance chrétienne fait sup-

porter les soucis et fatigues inhérents à la condition humaine, atténue les séparations inévitables mais temporaires, « donne la certitude de pouvoir aimer dans l'éternité » (29), et celui qui vit sa foi sait goûter « la fuite utile des jours ».

Ajoutons que l'alcoolisme y est moins florissant. Nous n'osons dire que ce soit par vertu, la culture de la vigne y étant moins répandue.

Restent enfin les Marais du Nord, au nord-ouest du département. C'est une région très particulière, isolée aussi, car la circulation y est difficile et se fait souvent par bateau. Pas très riche, l'élevage du canard et la pêche en sont les ressources principales.

Jean YOLE à qui nous empruntons beaucoup de détails sur la Vendée (30) nous présente ses habitants comme d'une nature gaie, versatile, et assez indisciplinée. Elle semble également atteinte par les psychoses alcooliques et mélancoliques, mais certainement moins toutefois que le Bas-Bocage.

Toutes ces régions, Haut et Bas-Bocage, Marais du Nord, ont fait partie avec le Bocage Angevin et le Marais Breton, de ce que l'on appelle la Vendée militaire. Celle-ci subit, il y a 150 ans à peine, les rigueurs d'une guerre civile sans précédent dans son histoire. Ce peuple, nous dit Pierre de la GORCE (31) « était fier, libre d'humeur et de propos, peu instruit, loyal en affaires, mais implacable pour qui l'avait trompé, défiant de l'étranger, susceptible, non agressif mais capable de toutes représailles sous le coup des provocations, s'attachant, mais à la longue, par l'accoutu-

mance héréditaire de la vie sur le même sol et des mêmes services échangés, indépendant d'ailleurs, presque rogue en sa fidélité, et n'accordant le respect qu'à la condition qu'on ne parut jamais l'imposer ». De mœurs paisibles et simples depuis des siècles, vivant dans une région d'un abord malaisé, l'émoi de source religieuse qui provoqua l'insurrection, puis, pour les hommes, l'abandon d'une vie paysanne pour les incertitudes de la guerre d'embuscade, pour les femmes, la terreur de vivre seules dans un pays en guerre, la nécessité de cacher les suspects, les veillées pieuses et inquiètes, enfin les deuils, les exactions, la répression qui s'ensuivirent, voilà de quoi marquer profondément le psychisme d'une génération et de ses descendants. Il n'y a pas longtemps encore, la guerre vendéenne était pour les gens de l'Ouest « la grande guerre ». Cependant, la région la plus atteinte par les psychoses mélancoliques, le Bas-Bocage, ne fut pas celle, semble-t-il, qui souffrit le plus. Au contraire, le Haut-Bocage fut particulièrement éprouvé. Mais là encore, tant de facteurs psychologiques nous échappent, qu'il serait vain de vouloir chercher ici un rapport de cause à effet.

Le Sud du département de la Vendée, c'est la Plaine autour de Fontenay-le-Comte, et les Marais du Sud formant la limite méridionale du département. C'est aussi la partie la plus fertile de la Vendée. La Plaine abrite une population riche, plus robuste que la population Boquine, plus matérialiste aussi, comme dans les Marais du Sud où les croyances religieuses sont

beaucoup moins marquées que dans le Bas-Bocage. La Plaine fournit un lourd contingent d'alcooliques. Par contre, peu de femmes mélancoliques venant de cette région ont été observées à la Grimaudière depuis dix ans. Il est vrai que la vie de la femme y est beaucoup moins pénible que dans le Bas-Bocage. Et si l'on donnait une large part aux mélancolies réactionnelles dans le Bas-Bocage, les conditions de vie meilleure pour l'habitante de la Plaine expliqueraient que celle-ci soit moins atteinte.

Il en serait de même dans les Marais du Sud. Ceux-ci sont beaucoup plus fertiles que les Marais du Nord, car leur sol est formé d'alluvions entraînés par les crues de nombreux cours d'eau jusqu'au rivage marin, et conquis autrefois sur la mer par des moines entreprenants et besogneux. A l'opposé de la Plaine, très peu de psychoses alcooliques viennent des Marais du Sud. Il est vrai que le vin y est rare. Très peu de mélancoliques également. Il semblerait que la multiplicité des canaux, l'humidité des terres, la nécessité d'une circulation en bateau, les crues périodiques où l'eau pénètre parfois au-delà du seuil de la ferme, tout cela crée des incommodités constantes qui usent la patience et la bonne humeur. Cependant, les crues sont désirées par le maraîchin, puisqu'elles font la richesse du sol, et l'aménagement des Marais du Sud est poursuivi d'une façon beaucoup plus méthodique et efficace que dans les Marais du Nord. Le Pays est organisé pour la production agricole, et celle-ci est d'un grand rendement.

Il faut faire une étude particulière de la région côtière, car nous avons été frappés de la fréquence des mélancolies à St-Gilles Croix-de-Vie et aux Sables d'Olonne, seuls ports importants de la côte. La population de pêcheurs y mène évidemment une vie assez spéciale. La femme travaille souvent aux usines de conserves de poissons, guettant le retour du mari qu'il faut surprendre avant que la paie ne s'engloutisse dans les débits de boissons. L'alcoolisme, évidemment, règne en maître dans ces régions. On pourrait paraît-il, relever dans l'ascendance de ces populations, une part de sang espagnol. Quoi qu'il en soit, la fréquence des tares héréditaires dues à l'alcool, les conditions de vie précaire qui sont celles de tout petit pêcheur, expliquent en grande partie la fréquence d'une psychose effective et dégénérative.

Si nous voulons résumer cette modeste étude, nous arrivons aux constatations suivantes :

1° Les psychoses mélancoliques de la femme dominent dans le Bas-Bocage.

La femme y a peu de satisfactions matérielles (travail agricole pénible, rendement modeste),

Peu de satisfactions spirituelles (pratiques religieuses subies plus que vécues),

Peu de satisfactions morales (alcoolisme du mari assez répandu).

2° Elles sont moins fréquentes dans :

Les Marais du Nord où la population mène une vie très spéciale (moins laborieuse, plus dissolue),

Le sud du Haut-Bocage. La femme vit au foyer, entourée de nombreux enfants. Sa vie spirituelle est intense et sa Foi intégrale, sans discussion, sans l'angoisse du doute.

3° Elles sont très rares dans :

La Plaine (où les psychoses alcooliques sont assez nombreuses) et les Marais du Sud, où la femme jouit de satisfactions matérielles notables grâce à la richesse des exploitations agricoles.

Le nord du Haut-Bocage, où la vie décrite dans le sud de cette région trouve ici son plein épanouissement et où l'alcoolisme sévit beaucoup moins.

Ces conclusions à peine posées, il faut s'empresse d'ajouter combien elles sont en fait schématiques, et de nombreux cas d'espèce ne rentreraient pas dans ce cadre.

Aussi, n'avons-nous pas voulu prouver que les mélancolies vendéennes étaient surtout réactionnelles, si on entend réaction dans le sens de JASPERS : ensemble de faits psychiques » dont le contenu est en rapport compréhensible avec l'événement originel, qui ne seraient pas nés sans cet événement et dont l'évolution dépend de l'événement et de leur rapport avec lui ».

Trop de causes en effet nous ont échappées, et à ne vouloir traiter que celles qui nous paraissaient relever du milieu social ou familial, des conditions de vie matérielle, nous avons paru négliger bon nombre d'autres facteurs, en particulier les facteurs biologi-

ques. Et cependant, leur importance n'est pas négligeable, puisque 26 % de nos malades font un premier accès à la ménopause, et qu'on connaît la fréquence d'une éclosion de la psychose maniaque dépressive au moment des bouleversements biologiques (puberté, ménopause, grossesse, opérations chirurgicales).

Il nous a paru cependant intéressant de rechercher dans quel « climat » moral vivent nos malades, puisque non seulement, le milieu social intervient dans l'évolution des troubles mentaux, comme l'a dit BARUK (32), mais il peut encore les déterminer en partie. « Si la psychose périodique, éminemment dégénérative, est bien nécessairement déterminée par les désordres biologiques, le mode de succession de ces accès, leur qualification différente dans l'unité de la psychose, peuvent être en partie instinctive et en suivre le rythme interne ». (33) Pour les psychanalystes, l'équilibre des instincts est rompu dans la mélancolie qui serait alors un renforcement de la censure refoulante, du Sur-Moi, ce qui expliquerait le processus d'auto-punition.

Malheureusement, il faudrait avoir vécu longtemps dans le pays et en connaître intimement chaque région, pour mener à bien cette étude, qui nécessiterait une observation compétente et approfondie.

ESSAIS DE PROPHYLAXIE

Nous nous sommes efforcés de donner un aperçu des psychoses prédominantes en Vendée, d'une part parce qu'il y a des observations médicales intéressantes à faire sur ce sujet et qui demanderaient une étude plus approfondie, mais surtout parce qu'il y a là un danger social à combattre.

La Vendée est une grande région agricole de la France, qui abrite un peuple honnête et travailleur, et dont les produits du sol constituent un apport très important dans une économie nationale apauvrie pour de longues années par la guerre mondiale et ses conséquences. La difficulté du ravitaillement, dans les tristes années qu'il nous faut subir, l'a fait apprécier vivement par les visiteurs étrangers... et intéressés. Espérons qu'ils rendront hommage, avec nous, à l'accueil cordial et généreux qui leur a été fait par une région qui mérite d'être mise au rang des meilleures de notre pays. Si elle a pu, autrefois, être égarée dans les aberrations de la guerre civile, les motifs premiers de cette lutte et la conduite héroïque de ses paysans ont cependant révélé les hautes qualités morales et spirituelles d'un peuple, qui en a depuis fourni de nombreuses preuves au cours de l'histoire.

Aussi, est-il déplorable de voir se développer dans cette population paysanne une psychose dégénérative qui représente une grave menace sociale. Faisons remarquer, encore une fois, qu'il ressort de statistiques, plus anciennes il est vrai, que dans le département de la Charente, on a observé en 42 ans 366 cas de mélancolie intermittente dans les deux sexes, alors qu'en la seule période de dix années, la population féminine vendéenne en fournissait déjà 170. Or, indépendamment des idées de suicide de ces malades, plus ou moins de mises à exécution, la tendance au meurtre altruiste des mélancoliques est une grave menace pour la famille, puisque chez la femme mélancolique, c'est l'enfant qui en est en général la victime. Le mode de suicide le plus fréquemment employé nous a paru être la noyade dans le trou d'eau le plus proche de la ferme (puits, mare aux bestiaux, etc...).

Les mesures thérapeutiques doivent donc comporter l'internement le plus précoce, même si les idées de suicide ne sont pas extériorisées et si la malade paraît inoffensive. Il y aurait une étude spéciale à faire, à l'Hôpital psychiatrique de la Vendée, sur le traitement par l'électro-choc de la mélancolie, vu le nombre important des malades internées pour cette psychose, et les résultats très intéressants qu'il a donnés jusqu'ici.

Mais ceci ne représente qu'un succès temporaire dans l'évolution d'une maladie mentale à accès plus ou moins multiples. Aussi faut-il s'efforcer : 1° de

prévenir l'extension de cette psychose par des mesures appropriées ; 2° de lutter contre les facteurs qui favorisent l'éclosion de ces manifestations dépressives.

Il ne faut pas en effet oublier quelle lourde tare héréditaire constitue la psychose maniaque dépressive : les probabilités de psychose similaire sont de 24 % chez les enfants, de 12,7 % chez les frères et sœurs, de 2,5 % chez les cousins (VERSCHUER). Il faut que les familles soient informées de ce fait, afin que les mariages de sujets atteints soient évités dans la mesure du possible, et qu'on n'assiste plus à l'éclosion de ces familles de psychopathes, où parfois, le sujet interné, semble à peine plus atteint que les membres de sa famille qui viennent le visiter.

Il faut aussi amplifier les mesures qui ont déjà été prises pour la lutte contre l'alcoolisme dans le département. Il y aurait là, en dehors d'une vie plus heureuse pour la ménagère vendéenne, un lourd tribut en moins à payer à l'hérédité. Il faut du reste considérer les générations actuelles comme sacrifiées, et s'efforcer surtout de préserver du danger de l'alcoolisme la génération à venir. Il est difficile d'apprendre au jeune à ne pas boire, quand l'exemple de l'entourage l'y incite. Ce ne sont pas les remontrances de teinte médicale qui y feront quelque chose. Tout le monde sait bien, en Vendée comme ailleurs, qu'« un coup de vin n'a jamais fait de mal à personne », et ce serait folie de vouloir prouver le contraire à des adultes. Le respect amusé témoigné aux

grands buveurs, même par des personnes généralement sobres, illustre bien cet état d'esprit.

Il y a là un gros problème d'éducation à résoudre, où il semble bien que l'instituteur doive remplacer le père défaillant. Mais le petit paysan s'échappe tôt de l'école, et c'est quelques années plus tard qu'il commencera à prendre les funestes habitudes de l'alcoolisme. Il est donc nécessaire de grouper les jeunes gens de la campagne afin de leur assurer une aide et une direction morales efficaces. C'est ce à quoi s'efforcent les groupements intitulés J.A.C., J.O.C., etc... Malheureusement, leur champ d'action est toujours limité, et le mauvais exemple général. Peut-être, le développement de l'éducation physique, et le goût des compétitions qu'elle entraîne, avec la sobriété nécessaire à « la forme » fourniraient une solution partielle au problème. Ces deux actions doivent du reste se combiner pour concourir à l'harmonie « d'une âme saine dans un corps sain ».

Pour combattre les facteurs sociaux dont l'influence pathologique n'est pas négligeable, il est de toute nécessité d'améliorer le sort de la population paysanne en lui créant de meilleures conditions de vie. Il faut améliorer les logements, les bâtiments d'exploitation, le matériel agricole, les chemins vicinaux, généraliser la distribution du courant électrique et de l'eau, etc..., afin que les heures de travail et les heures au foyer se succèdent harmonieusement dans une ambiance meilleure. Ces réformes ne manqueraient pas de donner de bons résultats, et ont

déjà été entreprises dans d'autres pays, en particulier, aux Etats-Unis, où les psychiatres attachent une importance particulière aux conditions de vie du malade.

Il faut aussi que l'assistance médicale aux psychopathes rendus à leurs familles soit efficace. C'est une perte de temps et d'argent pour l'Etat que d'abriter, de soigner, et de guérir, des individus qui retomberont malades dans une ambiance habituelle défavorable. A ce sujet, la création d'une assistance sociale rurale constitue déjà un progrès, mais encore insuffisant. On pourrait y ajouter une collaboration plus étroite entre le prêtre et le médecin, ainsi que le souhaitait H. BLESS en 1937, dans son livre *Psychiatrie pastorale* destiné à donner aux prêtres de meilleures connaissances en matière de médecine mentale (34).

Cette prophylaxie des maladies mentales, c'est en somme un des aspects du problème de l'eugénisme. Il faut l'aborder enfin d'une façon qui sera efficace, si elle est ferme, persévérante, documentée et s'exerçant dans tous les domaines. Il ne faut pas s'abandonner à un pessimisme inactif, le succès récompense l'audace, et l'idéal que l'on poursuit ne doit jamais sembler trop élevé. Car, « la Société, a dit RAVAISSON, doit reposer sur la disposition à se considérer de grande race, de race héroïque et même divine, attentive au signal parti des régions d'en haut, pour indiquer au milieu de nos obstacles le chemin à suivre afin de rétablir dans son empire la magnanimité ».

CONCLUSIONS

1° La mélancolie intermittente fournit une proportion notable (21,4 %), des psychoses observées en Vendée chez la femme. Parmi les malades internées pour mélancolie, en 10 ans, à l'Hôpital psychiatrique de la Grimaudière : 83 % ont présenté un accès unique jusqu'à ce jour. Dans cette région uniquement agricole, 80 % des mélancoliques sont des cultivatrices ou des ménagères.

2° La mélancolie d'involution entre pour une certaine part dans nos statistiques, car les renseignements dont nous avons disposé étaient souvent trop sommaires pour nous permettre d'attribuer les cas douteux à une psychose encore mal différenciée, 26 % des accès mélancoliques sont apparus à l'âge de la ménopause.

3° Il semble bien que les facteurs sociaux et moraux interviennent pour une part importante dans l'étiologie des troubles mentaux observés. Les recherches faites sur le lieu d'habitat de nos malades ont montré que les régions où les conditions de vie sont les moins bonnes fournissaient le plus grand

nombre de mélancoliques. Les psychoses alcooliques masculines, très nombreuses dans le département, proviennent également de ces régions. L'alcoolisme ne serait peut-être qu'une des manifestations de la tendance dépressive constitutionnelle des Vendéens.

4° L'amélioration des conditions de vie paysanne, et la lutte contre l'alcoolisme, fauteur de misère et de malheur familial, constituent une partie importante dans les mesures prophylactiques à prendre contre les manifestations de cette psychose héréditaire et dégénérative qui constitue un danger social.

Vu : *le Doyen,*

A. BAUDOUIN.

Vu : *le Président de la Thèse,*

A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer,

le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

1. ESQUIROL. — Des maladies mentales. (Paris, 1838, t. II.)
2. RITTI. — Traité clinique de la folie à double forme. (Paris, 1883.)
3. ROUBINOVITCH et TOULOUSE. — La mélancolie. (Paris, 1898.)
4. LAIGNEL-LAVASTINE et VINCHON. — Les malades de l'esprit et leurs médecins du XVI^e au XIX^e siècle. (Paris, 1930.)
5. TRÉLAT. — Recherches historiques sur la folie. (Paris, 1839.)
6. MAGNAN. — Recherches sur les centres nerveux. (Paris, 1893.)
7. KRAEPELIN. — Traité, 6^e édition. 1899.
8. RÉMOND et VOIVENEL. — La conception kraepelinienne de la manie et de la mélancolie. (*Annales Médico-Psychologiques*, 1910, t. II, et 1911, t. I.)
9. HALBERSTADT. — Syndrômes anormaux au cours de la psychose maniaque dépressive. (*Annales Médico-Psychologiques*, 1930, t. I.)
10. HALBERSTADT. — Contribution à l'étude des états chroniques de la psychose maniaque dépressive. (*Annales Médico-Psychologiques*, 1937, t. I.)
11. ROUART. — Psychoses maniaques dépressives et folies discordantes. (Thèse, Paris, 1935).
12. HALBERSTADT. — Les psychoses préséniles. (*Encéphale*, 1934.)
13. LANGE. — Traité de Bumke, 1928, t. VI.

14. GAUSSEN. — La mélancolie présénile. Etude psychologique et clinique. (Thèse, Bordeaux, 1911).
15. HALBERSTADT. — La mélancolie présénile et ses variétés cliniques. (*Annales Médico-Psychologiques*, 1928, t. II.)
16. HALBERSTADT. — Etude clinique de la démence mélancolique présénile. (*Annales Médico-Psychologiques*, 1930, t. I.)
17. CAPGRAS. — Essai de réduction de la mélancolie à une psychose d'involution présénile. (Thèse, Paris, 1900).
18. B. MALZBERG. — Mortalité des malades atteints de mélancolie d'involution. (*The American Journal of Psychiatry*, mars 1937.)
19. ANGLADE. — Psychose périodique tardive. (*Revue Neurologique*, 1931, t. I.)
20. J. VIE. — Sur l'existence d'entités morbides en psychiatrie ; utilité et orientation de l'effort nosologique. (*Annales Médico-Psychologiques*, avril 1940.)
21. HOVEN. — A propos des psychoses de la ménopause. (*Annales Médico-Psychologiques*, 1936.)
22. KRAEPELIN. — Traité, 8^e édition, t. II, 1910.
23. KRETCHMER. — L'influence des caractères acquis raciaux et familiaux sur les psychoses. (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1933, n° 28.)
24. A. D'ORMÉA. — La folie dans la province de Ferrare. (*Annales Médico-Psychologiques*, 1907, t. II.)
25. DUBLINEAU. — La proportion typologique et la typo-caractéologie. (*Annales Médico-Psychologiques*, février 1944.)
26. LEGRAIN et MARIE. — Les causes psychologiques de l'alcoolisme. Introduction de P. Jariet. (Paris, 1926.)
27. VIGNES. — De l'influence de l'intoxication alcoolique des procréateurs sur leur progéniture. (*Premier Congrès latin d'eugénique. Rapport*, Paris, 1937.)

28. DESHAIES. — L'hérédité dans les psychoses maniaques dépressives et schizophréniques. (Thèse, Paris, 1937.)
29. COURBON. — Chronique. (*Annales Médico-Psychologiques*, 1926, t. I.)
30. Jean YOLE. — La Vendée.
31. Pierre DE LA GORCE. — Histoire religieuse de la Révolution française. (T. II, Paris, 1912.)
32. BARUK. — Introduction à la psychiatrie morale, individuelle et sociale. (*Monde et Médecine*, février-avril 1939.)
33. M^{me} BONNAFOU-SÉRIEUX et Jean EY. — Manie de veuvage. (*Annales Médico-Psychologiques*, février 1938.)
34. H. BLESS. — Psychiatrie pastorale. (Traduction Ghysaert, Paris, 1937.)
35. LAIGNEL-LAVASTINE. — Retentissement de l'alcoolisme sur la famille et l'enfant. (*Archives Internationales de Neurologie*, octobre 1941.)

